

CITIZENSHIP AFFIDAVIT (TIER 4) АФФИДЕВИТ О ГРАЖДАНСТВЕ (УРОВЕНЬ 4)

Этот affidavit следует использовать только в том случае, если вы не можете предоставить основное доказательство гражданства, такое, как паспорт или свидетельство о рождении.

ИМЯ КЛИЕНТА (ДРУГОГО ОБЛАДАЮЩЕГО ИНФОРМАЦИЕЙ ЧЕЛОВЕКА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
--	---------------------------------

Я не могу предоставить/получить свидетельство о рождении или другое документальное доказательство гражданства, потому что:

****Каждый человек (клиент, а также друг/родственник), подписывающий Affidavit о гражданстве (DSHS 27-033), делает это в соответствии со следующим:**

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что информация, содержащаяся в этом affidavitе, является верной и правильной.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

Подписано сего _____ дня _____ 20__,

в _____ штат Вашингтон.

Чтобы иметь право на Медикайд, вы также должны получить два заполненных и подписанных affidavitа о гражданстве (Уровень 4) (DSHS 27-033).

- Только один человек, подтверждающий ваше гражданство, может состоять с вами в родственных отношениях.

Если потребуется, каждый человек ** (друг или родственник), подписывающий Affidavit о гражданстве (Уровень 4) (DSHS 27-033) в подтверждение вышеуказанного affidavitа клиента, должен предоставить доказательство:****

- **Гражданства (свидетельство о рождении); и**
- **Удостоверения личности (примеры: водительские права, удостоверение военнослужащего, удостоверение личности, выданное штатом).**

Я _____ знаю, что (клиент) _____ является гражданином(кой) Соединенных Штатов, потому что:

Подписано сего _____ дня _____ 20__,

в _____ штат Вашингтон.

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ПОДПИСЬ**	ОТНОШЕНИЕ К КЛИЕНТУ, ЕСЛИ ТАКОЕ СУЩЕСТВУЕТ
-----------------------	-----------	--